

40

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1905

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 28 juin 1905, à 1 heure.

PAR

C. JOUEN

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

SYPHILIS DES TROMPES

ET

DES OVAIRES

Président : M. BRISSAUD, Professeur.

GAUCHER, Professeur.

Juges MM.

TEISSIER, Agrégé.

CLAUDE, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 42, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente.)

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen Professeurs

Anatomie
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et chimie minérale.....
Histoire naturelle médicale
Pathologie et thérapeutique générales.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Opérations et appareils.....
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie expérimentale et comparée.....

Clinique médicale.....

Maladies des Enfants.....
Clinique de pathol. mentale et des malad. de l'encéphale.....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique des maladies du système nerveux.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchements.....

Clinique gynécologique.....
Clinique chirurgicale infantile.....

M. DEBOVE.
MM
POIRIER.
CH. RICHET.
GARIEL.
GAUTIER.
BLANCHARD.
BOUCHARD
HUTINEL
BRISSAUD
LANNELONGUE.
CORNIL
MATHIAS DUVAL
RECLUS.
POUCHET
GILBERT
CHANTEMESSE.
BROUARDEL.
DEJERINE.
ROGER.

HAYEM
DIEULAFOY.
DEBOVE.
LANDOUZY.
GRANCHER
JOFFROY
GAUCHER
RAYMOND.
LE DENTU
TERRIER
BERGER

DE LAPERSONNE
GUYON
PINARD.
BUDIN.
POZZI.
KIRMISSON

Agrégés en exercice.

MM.
AUVRAY.
BALTHAZARD.
BRANCA
BEZANÇON.
BRINDEAU.
BROCA André.
CARNOT.
CLAUDE.
CUNEO.
DEMELIN.
DEGREZ.

MM
DUPRE
DUVAL.
FAURE.
GOSSET.
GOUGET.
GUIART.
JEANSELMF.
LABBE.
LANGLOIS.
LAUNOIS.

MM
LEGRY.
LEGUEU.
LEPAGE
MACAIGNE.
MAILLARD.
MARION.
MAUCLAIRE.
MERY.
MORESTIN.
POTOCKI.

MM
PROUST.
RENON.
RICHAUD
RIEFFEL (chef des
Travaux anatomiques.
TEISSIER.
THIROLOIX
VAQUEZ.
WALLICH.

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

ET DE MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BRISSAUD

Professeur de Pathologie Interne
à la Faculté de Médecine de Paris.
Médecin de l'Hôtel-Dieu.
Chevalier de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

En présentant cette thèse inaugurale, nous sommes heureux d'adresser l'hommage de notre profonde reconnaissance à ceux qui nous ont guidé dans le cours de nos études.

A nos maîtres dans les hôpitaux de Rouen nous exprimons toute notre gratitude :

A M. François Hue, chirurgien de l'Hospice Général.

A M. le docteur Nicolle, directeur de l'Institut Pasteur de Tunis.

A M. le docteur Halipré dont nous conservons le meilleur souvenir pour les bonnes leçons qu'il nous prodigua pendant le temps que nous fûmes son interne.

A M. le docteur Hébert qui nous initia aux difficultés de la dermatologie.

A M. le docteur Olivier, professeur de clinique interne.

A M. le docteur Brunon, directeur de l'Ecole de Médecine.

A M. le docteur Albert Martin, professeur de clinique obstétricale.

A M. le docteur Derocque, chirurgien des Hôpitaux.

Nous ne saurions oublier le séjour que nous avons fait à la fin de nos études médicales, dans les hôpitaux du Havre, en qualité d'interne, où nous avons rencontré l'accueil bienveillant de nos chefs de service, les docteurs Frottier, Ballard, d'Herlenville, Durand-Viel, Deville, Guyot. Nous les en remercions bien sincèrement.

Merci également au docteur Jeanne qui a été l'inspirateur de cette thèse.

A Mlle Robineau, docteur au Havre, qui a mis gracieusement à notre disposition, plusieurs de ses observations.

Au docteur Le Nouène, chirurgien au Havre, à qui est due la meilleur partie de ce travail.

Enfin, nous prions M. le professeur Brissaud, d'agréer l'hommage de notre respectueuse gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

INTRODUCTION

L'étude de la syphilis utéro-annexielle a été l'objet de quelques communications au Congrès périodique de gynécologie et d'obstétrique de Rouen en 1904. A côté des deux observations du docteur Robineau (du Havre) relatives à des cas probables de gommés syphilitiques de l'utérus, nous trouvons celles des docteurs Jeanne (de Rouen) et Ozenne (de Paris), relatant des faits de syphilis tertiaire des annexes.

Comme le remarque Pichevin dans son article de la *Gazette des Hôpitaux*, ces observations n'ont pas amené un éclaircissement parfait dans cette question si discutable de la syphilis de l'utérus et de ses annexes.

Malgré les comparaisons anatomo-pathologiques établies par les auteurs entre certaines lésions de l'appareil utéro-ovarien et la syphilis du testicule, malgré les merveilleux résultats attribués au traitement spécifique dans quelques cas d'affections utérines et péri-utérines, l'étude de la syphilis des organes génitaux profonds de la femme reste encore imparfaite à tel point qu'il est permis de discuter de sa réalité.

Nous laissons de côté, bien entendu, les cas de syphilis primaire et secondaire du col utérin et aussi les faits

de syphilis conceptionnelle. Nous avons seulement en vue les observations rapportées de salpingo-ovarites syphilitiques et nous comprenons fort bien en présence de l'imperfection des cas rapportés, le septicisme de certains auteurs.

On conçoit, du reste, les difficultés qui entourent cette question en considérant combien il est déjà téméraire de se prononcer exactement sur la nature, le volume, l'évolution d'une annexite quelconque et combien il peut être hasardeux de rapporter à un traitement spécial l'amélioration ou même la guérison qui peuvent n'être que le résultat du repos dans un cas favorable d'infection de l'utérus et des annexes. Si la clinique est incapable de nous fixer sur la nature syphilitique de l'affection, l'anatomie pathologique doit aussi reconnaître son impuissance, la sclérose étant l'aboutissant fréquent des altérations inflammatoires des organes génitaux profonds de la femme et l'aspect spécial des lésions syphilitiques ne pouvant être établi qu'à la suite de nombreuses observations venant corroborer l'étude des cas cliniques.

Ce travail n'a pas été fait jusqu'à ce jour. Il est à souhaiter qu'il soit entrepris, que chez les femmes présentant un passé syphilitique, le traitement spécifique soit établi d'une façon rigoureuse en face de maladies utéro-ovariennes et que dans tous les cas où les lésions sont ensuite mises sous les yeux, soit au cours d'une opération, soit sur la table d'autopsie, elles soient étudiées dans le but d'établir un rapport entre certains détails anatomiques et l'aspect clinique de l'affection. Alors seulement on pourra songer à édifier un chapitre de la

syphilis de l'utérus et des annexes et à déduire des conséquences thérapeutiques rationnelles.

Pour le moment il nous a paru intéressant de faire une mise au point de l'état de la question, c'est-à-dire de relater les observations présentées jusqu'à ce jour, de les analyser, de les discuter. On nous pardonnera la note du scepticisme qui se dégage encore de cette étude : elle peut être un stimulant à des travaux futurs.

Dans le but d'éviter tout contact avec l'étude du chancre et des plaques muqueuses du col utérin, nous laisserons de côté tout ce qui concerne l'utérus pour ne nous occuper que de l'infection syphilitique, de l'ovaire et de la trompe.

Notre travail sera ainsi divisé :

Chapitre I. — Historique.

Chapitre II. — Anatomie pathologique.

Chapitre III. — Symptômes et diagnostic.

Chapitre IV. — Traitement.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Avant l'ère des laparatomies, les lésions syphilitiques de l'ovaire et de la trompe avaient déjà été signalées par quelques auteurs.

En 1755, dans un *Traité des Maladies Vénériennes*, Astruc (1) avec une certaine prodigalité, décrivait comme manifestations de la syphilis des gommes des ovaires. Il ne donnait du reste aucun caractère particulier aux lésions qu'il qualifiait de syphilitiques et il nous semble bien avoir confondu, sous cette épithète, les altérations ulcéreuses de l'ovarite ordinaire à leurs divers degrés.

Près d'un siècle plus tard, Boivin et Dugés (2), en 1833, préconisent contre la syphilis de l'ovaire des frictions aux pommades mercurielles et iodurées et des ingestions de mercure. Ces auteurs ne disent pas sur quels signes ils se sont appuyés pour édifier le diagnostic d'ovarite syphilitique et préconiser leur traitement.

(1) Astruc. *Traité des Maladies Vénériennes*. Paris 1755, t. IV, page 177.

(2) Boivin et Dugés. *Traité pratique des maladies de l'utérus et des annexes* Paris 1833, t. III, page 577.

Duparcque (1), dans une observation de la même époque, rapporte qu'il fit le diagnostic de syphilis ovarienne par le palper abdominal et institua un traitement à la fois mercuriel et antiphlogistique qui ne fit qu'améliorer l'état de la malade.

En 1856, les comptes rendus de la société de biologie relatent un document anatomo-pathologique dû à Lecomché (2). Il est intitulé : *Lésions du foie, des reins, du rectum et des ovaires chez une femme atteinte de syphilis constitutionnelle*.

L'auteur décrit avec détails, les lésions constatées chez une syphilitique. Les ovaires présentent les altérations de la sclérose, accompagnée de l'existence de dépôts calcaires et de kyste inflammatoire. Mais de ce que cette femme avait eu la syphilis, peut-on conclure que les lésions soient de même nature ?

Ici l'histoire clinique de la malade et les effets de la thérapeutique employée seraient précieux à connaître. malheureusement l'auteur s'en est tenu au protocole d'autopsie.

Richet (3) dans son *Traité d'Anatomie chirurgicale*, dit, en parlant des tumeurs syphilitiques, qu'il a « également recueilli quelques observations pour l'ovaire » mais ne donne aucun autre détail.

Cependant Lancereaux, dans son *Traité de la syphilis*,

(1) Duparcque. *Maladies de la matrice*. Paris 1839, t. I, page 339.

(2) Comptes rendus de la Société de Biologie, 1856, page 160.

(3) A. Richet. *Traité pratique d'Anatomie médico-chirurgicale*, p. 701.

publie une planche de Richet montrant un gros ovaire qui contient une masse molle et jaunâtre, qui serait une gomme syphilitique. Mais ici, non plus, il n'y a aucun renseignement clinique.

Lancereaux (1) relate plusieurs autres cas de lésions syphilitiques de l'ovaire. Dans une observation recueillie à l'hospice des Enfants-Malades, il s'agit d'une jeune fille de douze ans dont les deux ovaires présentaient des tumeurs gommeuses, du moins macroscopiquement, car l'examen microscopique ne fut pas pratiqué.

Un autre cas est relatif, au contraire, à des altérations suppurées de tout le petit bassin. Il y avait du pus dans le cul de sac péritonéal et les reins, et les uretères étaient baignés par la suppuration. Au milieu de ces lésions, Lancereaux croit reconnaître la syphilis de l'ovaire. « L'un des ovaires plus volumineux est le siège d'une induration blanche disposée par plaques ; il est manifestement lésé dans sa plus grande étendue et adhère à la trompe et aux parties voisines. Le col de l'utérus est infléchi sur la partie antérieure du corps ». On ne voit pas dans cette description de signes suffisants de syphilis des organes génitaux. La présence de pus éloigne plutôt de ce diagnostic.

La troisième observation de Lancereaux est empruntée à Laugier et reste, au contraire, toute clinique. Il s'agit de tumeurs de la région des ovaires ayant complètement disparu par l'administration d'iodure de potassium.

(1) Lancereaux. *Traité historique et pratique de la syphilis*, Paris. 1834, p 280.

Comme on le voit, les documents de Lancereaux étaient peu abondants, et cependant dans son *Traité de la syphilis* il consacra un chapitre à l'historique, à la symptomatologie, au diagnostic, au pronostic et au traitement de la syphilis de l'ovaire. Il avoue, du reste, que c'est plutôt un chapitre d'attente, dans lequel il s'inspire surtout de considérations théoriques sur l'analogie qui existe entre les lésions du testicule et celles de l'ovaire.

En 1866, Bouchard et Lepine (1) rapportent dans la *Gazette médicale de Paris*, l'observation d'une malade, morte dans le service de Jaccoud et à l'autopsie de laquelle on trouve, outre des gommes du cerveau et du foie, des lésions scléreuses et des gommes des trompes.

Cependant la plupart des auteurs restaient sceptiques et même ceux qui, comme Mauriac, croyaient à l'existence de la syphilis de l'ovaire et de la trompe, n'ajoutaient qu'une foi médiocre à l'existence de la symptomatologie de cette affection. « A propos des symptômes, dit Mauriac, on parle de douleur obtuse dans la région des ovaires, d'anaphrodisme, de stérilité, mais on ne parle d'aucun fait concluant. »

Plus tard, la fréquence des laparotomies entreprises pour lésions inflammatoires des annexes pouvaient faire espérer un peu de lumière sur cette question. L'infection de l'ovaire et de la trompe sous toutes ses formes allait être mieux connue et on devait s'attendre à des

(1) Bouchard et Lépine. Syphilis tertiaire. Ramollissement cérébral. Hépatite. Gérum des trompes de Fallope. *Gazette médicale de Paris*, 1866, p. 726, n° 45.

documents sérieux lors de cette ère d'interventions abdominales coïncidant avec une étude plus complète de l'anatomie pathologique. Mais, tandis que les chirurgiens arrivent à fixer la pathogénie, les formes cliniques, les indications opératoires des infections si fréquentes de l'appareil génital de la femme, la syphilis tubo-ovarienne n'est guère mieux connue.

En 1905, M. Pichevin (1) peut écrire : « Des milliers de laparotomies ont été faites par de très nombreux chirurgiens qui connaissent bien les lésions syphilitiques du testicule et dont l'attention a toujours été tenue en éveil par la possibilité de rencontrer des lésions similaires de l'ovaire. Depuis trente ans, Dieu sait avec quelle frénésie les organes génitaux internes de la femme ont été fouillés. La laparotomie a été pratiquée si souvent que, bien des fois, l'opérateur a eu pour patientes des femmes arrivées à la période secondaire et à la période tertiaire de la vérole. Des autopsies en nombre considérable ont été faites depuis plus d'un quart de siècle ! Qui donc a décrit la syphilis des ovaires ? Qui a reconnu, aux signes indiqués par Lancereaux, la vérole des testicules de la femme. »

Quelques chirurgiens ont cependant signalé la syphilis des annexes, mais sans beaucoup de détails.

Klebs (2) dit dans son *Traité de pathologie*, qu'elle

(1) R. Pichevin. Syphilis des annexes de l'utérus. *Gazette des Hôpitaux*, 1905, p. 51.

(2) Klebs. *Handbuch der pathologischen anatomie*. Berlin, 1876, p. 826.

aboutit « de très bonne heure à la sclérose et à la stérilité, ainsi qu'à la formation d'adhérences serrées ».

Barthélemy (1) pense aussi que la sclérose est l'aboutissant de la syphilis de l'ovaire et qu'elle conduit plutôt au syphilome qu'à la gomme.

Martin (2), Lawson-Tait (3), Lecourtois (4), ont parlé de l'affection, mais n'ont rien dit de particulier à ce sujet. Le dernier seul a publié une observation de syphilis ovarienne, dont la valeur a été contestée par Labadie-Lagrave et Legueu dans leur *Traité de gynécologie*.

Ozenne (5) a publié deux cas de syphilis probable des ovaires. Ici encore, il serait bien téméraire d'affirmer le diagnostic.

Du côté de la syphilis de la trompe, la littérature est un peu plus riche depuis la période antiseptique.

Ballantyne et Williams (6) ont rapporté un cas de syphilome chez un enfant syphilitique.

On trouve une observation de Bold (7) et une autre de Doléris (8). Bold insiste sur le fait que la salpingite

(1) Barthélemy. *Syphilis tertiaire acquise ou héréditaire des organes génito-urinaires de la femme*. Epinal, 1900, p. 15.

(2) Martin. *Traité pratique des maladies des femmes*. Paris, 1889, p. 544.

(3) Lawson-Tait. *Traité clinique des maladies des femmes*. Paris, 1891, p. 480.

(4) Lecourtois, Labadie, Lagrave et Legueu. *Traité médico-chirurgical de gynécologie*. Paris, 1904, p. 653.

(5) Ozenne. *Semaine gynécologique*, 1898, p. 193.

(6) J.-W. Ballantyne and J.-D. Williams. The histology and pathology of the fallopian tubes. *British med. Journal*. 1891, t. I, p. 171.

(7) Bold. *Amér. journ. of obstét.*, 1888, vol. XXI, p. 122.

(8) Doléris. In Barthélemy. *Syphilis tertiaire acquise ou héréditaire des organes génito-urinaires de la femme*. Epinal, 1900, p. 15.

qu'il relate était intermittente. Doléris conclut à la nature syphilitique de la lésion en l'absence de toute autre pathogénie.

Gill Wylie (1) et Säger admettent l'existence de la salpingite syphilitique.

Klebs (2) et Martin (3) croient que la maladie existe, mais se rencontre très rarement. Ce dernier auteur rapporte un cas de Dohonhoffe et pense que certains cas de salpingite suppurée doivent se rattacher à la syphilis.

Polaillon (4) sur 573 cas d'ovaro-salpingites compte 3 cas de syphilis, mais il pense que les frictions mercurielles et l'iodure de potassium peuvent améliorer et peut être guérir des lésions inflammatoires des annexes en l'absence de la vérole.

Au Congrès de gynécologie de Rouen, M. Jeanne rapporte un cas de tumeur péri-utérine très probablement annexielle ayant disparu plusieurs fois sous l'influence du traitement spécifique et sans vouloir rien affirmer sur la nature de ces lésions, le chirurgien constate que « des tumeurs péri-utérines, de volume notable, qui semblaient justiciables à bref délai d'une intervention chirurgicale, ont rétrocedé complètement, seulement par un traitement mercuriel et ioduré ; alors qu'elles n'avaient pas été influencées par d'autres

(1) Gill Wylie. *Diseases of the fallopian tubes The medical record*. vol. XXVII, n° 4, january, 24, 1885, p. 86.

(2) Klebs. *Handbuch der patholog. Anatomie*, Berlin, 1898, p. 848.

(3) Martin. *Die Krankereinder Erleezter*. Leipzig, 1895. p. 186.

(4) Polaillon. *Maladies des Femmes*, Paris, 1901. p. 524.

moyens, ni par le repos au lit». Et il ajoute: « A quelque interprétation qu'on veuille se rattacher, le fait qu'elles se sont comportées comme des gommessyphilitiques n'en est pas moins indiscutable ».

A la suite de la communication de M. Jeanne, M. Pinard (1) cite le cas d'une malade syphilitique, chez qui une tumeur péri-utérine disparut par le traitement spécifique. Il accorde une grande valeur pour le diagnostic, au signè présenté par cette malade; épaississement de la paroi du vagin.

Mlle Robineau (2) rapporte à la même séance deux observations de malades atteintes de métrite et de péri-trite qui furent guéries par le traitement anti-syphilitique.

Enfin Ozenne (3) fait une longue communication sur la « dégénérescence scléreuse des ovaires d'origine syphilitique ». Il rapporte quatre observations personnelles de lésions annexielles reconnues syphilitiques par l'heureuse influence du traitement. « Pour trois cas, dit-il, les tumeurs scléreuses des ovaires étaient facilement perceptibles et le traitement mercuriel a eu, pour effet, non seulement, d'arrêter les hémorrhagies, mais encore de produire une diminution de volume de ces

(1) Pinard. Congrès national périodique de gynécologie. Rouen, 1904. *Discussion*, p. 320.

(2) Mlle Robineau. Contribution à l'étude de la syphilis de l'utérus. Congrès périodique de gynécologie. Rouen, 1904, p. 320.

(3) Ozenne. Dégénérescence scléreuse des ovaires d'origine syphilitique. Métorrhagies rebelles. Guérison par le traitement mercuriel. Congrès national périodique de gynécologie. Rouen, 1904, p. 321.

tumeurs (obs. II et IV) et de faire disparaître des accidents généraux persistant après l'œphorectomie double (obs. I).

Dans le quatrième cas (obs. III), on n'a pas eu la perception des ovaires assez nette pour bien se rendre compte de leur volume, car la malade présentait une paroi abdominale tendue et poisseuse ; mais on sait que la sclérose peut affecter la forme atrophique (voir plus loin une observation probante de Bouilly) et cependant elle n'en a pas moins constitué une lésion ayant le même retentissement que la sclérose hyperthrophique sur les fonctions génitales. Il rapporte le cas de Bouilly qu'il croit pouvoir classer comme ovaritesyphylitique.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique

Dans son livre des *Maladies des femmes*, Polaillon insiste sur un fait qui a été constaté par tous les gynécologues que les infections des annexes ne se rencontrent guère que dans la première moitié de la vie de la femme. L'étiologie de la salpingo-ovarite rend compte de ce phénomène. Il semble bien au contraire que la syphilis de la trompe et de l'ovaire puissent se trouver à tous les âges, la vérole déterminant les lésions tertiaires à une date essentiellement variable. En fait, les quelques observations que nous avons rapportées nous donnent des âges bien différents. Les malades de Ozenne ont toute deux, trente-cinq, quarante-deux, vingt-neuf ans ; celle de Jeanne quarante-neuf, celles de Mlle Robineau, trente-six et quarante-cinq ; celle de Bouilly, vingt-trois ; celle de Laugier quarante ans. Tous ces cas pourraient être rapportés à la période génitale de la vie. Mais Lancereaux nous cite l'observation d'une fillette de douze ans et Lohnhoffe a constaté la syphilis de la trompe chez une fillette nouveau-née, ayant succombé à une syphilis généralisée. Nous pouvons donc conclure que les lésions

de la syphilis des annexes peuvent être héréditaires ou acquises, et se rencontrer à différents âges.

Combien de temps après l'accident primitif apparaissent les altérations dont nous nous occupons ? La plupart des observations sont muettes sur ce point. Mlle Robineau nous dit que dans l'un des deux cas qu'elle rapporte la syphilis datait de quinze ans. La seconde malade de Mlle Robineau avouait des accidents spécifiques, et présentait encore aux jambes des traces de gommès. La malade de Bouilly était reconnue syphilitique mais l'auteur ne nous dit pas la date des accidents antérieurs.

Celle de Jeanne avait été soignée pour une éruption qu'un médecin avait rapporté à la vérole. Ozenne nous dit que dans un de ses cas il rencontra des symptômes de syphilis chez le mari. Les autres observations ont trait à des sujets qui ne présentaient pas de traces de syphilis. L'une des malades de Lancereaux avait eu la vérole, l'observation de l'autre ne parle pas des antécédents. On voit combien il est difficile d'établir à quelle époque de l'infection syphilitique, surviennent les accidents salpingo-ovariens. Rencontre-t-on dans les annexes de la femme deux états morbides correspondant à l'épidéymite secondaire et à la gomme testiculaire. L'âge de la syphilis d'une part et les lésions caractéristiques d'autre part, ne sont pas suffisamment indiqués dans les observations que nous possédons. Cependant on peut remarquer que dans aucune d'elles il n'est question d'altérations que l'on doive rapporter à une inflammation con-

temporaire des accidents secondaires. Il s'agit toujours de lésions scléreuses et scléro gommeuses et on peut dire qu'actuellement la syphilis des annexes ne se rencontre qu'à la période tertiaire de la vérole. Cette constatation ne prouve pas qu'il n'y ait pas une salpingo-ovarite précoce. On comprend du reste que celle-ci, si elle existe, soit bien difficile à affirmer.

Lécorché, dans une autopsie qu'il a intitulée : « Lésions du foie, des reins, du rectum et des ovaires, chez une femme atteinte de syphilis constitutionnelle », a constaté les lésions suivantes : Les organes génitaux n'avaient qu'un petit développement. L'utérus était pâle. Les ovaires avaient subi la transformation fibreuse et on y rencontrait à peine quelques vésicules de Graaf. Tout l'ovaire était occupé par un stroma dur et scléreux et à la surface de la copie fibreuse de chaque ovaire, on voyait des dépôts calcaires faisant effervescence par l'acide azotique et démasquant certainement des poussées inflammatoires répétées. Tandis que les deux ovaires étaient ainsi profondément altérés, l'une des trompes seulement présentait des lésions assez importantes : elle était dilatée et allongée et supportait un kyste formé à ses dépens. Il s'agit donc, dans cette autopsie, de salpingo-ovarite scléreuse.

Dans son *Traité de la syphilis*, Lancereaux écrit à propos d'une observation de Richet : « L'ovaire volumineux contient une masse molle, sèche, jaunâtre, qui traduit parfaitement son origine spécifique ». D'après l'auteur, nous sommes nettement en présence d'une gomme de l'ovaire. Dans un autre cas, rapporté par

Lancereaux et relatif à une jeune fille morte dans le service de Blache à l'hospice des Enfants-Malades, il s'agit de la même lésion. Les deux ovaires présentait des tumeurs gommeuses, de même aspect qu'une autre siégeant dans le tissu cellulaire sous-cutané du cuir chevelu. Une troisième observation de Lancereaux rapporte l'existence de dépôts scléreux dans l'ovaire et d'adhérences péri-utérines. Il existait en même temps du pus dans le cul-de-sac de Douglas et autour des reins. Nous avons déjà dit combien cette observation laisse de doute au sujet de la nature syphilitique des lésions. Il s'agit d'une femme atteinte de syphilis. Ce n'est pas une raison suffisante de rapporter à la vérole les lésions diffuses constatées dans le ventre. Au contraire, la présence de cette suppuration autour des reins, des uretères et dans le cul-de-sac postérieur, est un motif d'éliminer la syphilis et peut rapporter à une infection quelconque ce que Lancereaux décrit comme une manifestation spécifique : « L'un des ovaires, dit-il, plus volumineux est le siège d'une induration blanche disposée par plaques, il est manifestement lésé dans sa plus grande étendue et adhère à la trompe et aux parties voisines. Le col de l'utérus est infléchi sur la partie antérieure du corps ».

L'une des malades de Ozenne fut opérée par Reynier qui avait fait comme lui le diagnostic de gros ovaires scléro-kystiques. Voici les lésions constatées : « Les tumeurs, du volume d'un œuf de pigeon, étaient bien formées aux dépens des ovaires qui étaient durs, véritablement scléreux, avec plaques blanchâtres à la périphérie, sans foyers kystiques. Le tissu en était très compact à

la coupe et avait, par places, l'aspect fibroïde. L'examen histologique n'en fut pas pratiqué ». Le sujet de cette observation présentait donc deux gros ovaires scléreux.

Dans le cas rapporté par Bouilly, il s'agissait au contraire de sclérose atrophique des ovaires. « Ovaires petits, atrophies, scléro-kystiques. Utérus volumineux présentant des lésions d'endo-périartérite et d'endo-périphlébite ».

Ainsi donc, de petites tumeurs d'apparence gommeuse, des lésions banales de sclérose, voilà à quoi se résume l'anatomie pathologique de l'ovarite syphilitique. Pour différencier nettement l'affection des autres scléroses de l'ovaire, on ne trouve rien : le diagnostic anatomique a été fait au cours de l'opération ou sur la table d'autopsies, grâce à quelques symptômes cliniques ou à l'efficacité du traitement antisiphilitique, mais pas un seul caractère ne permet à l'anatomo-pathologue de tracer un tableau quelque peu précis de l'ovarite syphilitique. Lancereaux, en décrivant les lésions spéciales, se base sur l'analogie qui doit exister entre la vérole de l'ovaire et celle du testicule.

On peut accuser une telle description d'être théorique et on comprend le point d'interrogation posé par Gallard (1) : « Je n'ai pas rangé l'ovarite syphilitique, dit-il, au nombre des ovarites généralement décrites, quoiqu'il ne me répugne en aucune façon d'admettre son existence. Ce que nous savons du testicule syphilitique peut par-

(1) Gallard. *Leçons cliniques sur les maladies des ovaires*. Paris 1886, page 168.

faitement nous permettre d'entrevoir les lésions de l'ovaire syphilitique. Je crois, pour mon compte, avoir vu plusieurs cas dans lesquels une tuméfaction notable de l'ovaire ne me paraissait pas pouvoir être expliquée par d'autres causes, mais ces faits ne sont pas restés soumis à mon observation pendant assez de temps pour que j'aie pu être suffisamment édifié sur leur véritable signification ; aussi, je me borne à les indiquer en attendant des observations plus concluantes et surtout plus complètes ».

Gommes et sclérose, telles sont encore les altérations signalées par les auteurs qui ont rapporté des observations de salpingite syphilitique.

Bouchard et Lépine ont trouvé à côté des lésions ordinaires de la salpingite (augmentation de volume de la trompe, effacement du canal, disparition du pavillon), trois gommes du volume d'une noisette, molles et rougeâtres et sur la surface de section des petites granulations ressemblant à des grains de sable. Le cerveau et le foie présentaient des gommes.

Ballantyne et William citent un cas de gomme miliaire chez un enfant de quelques mois qui offrait ailleurs des stigmates de syphilis. « Quelques unes des franges tubaires étaient adhérentes à leur sommet et formaient des bandes transversales. Dans la paroi musculaire on trouvait un amas de petites cellules rondes exactement semblables à celles qui furent trouvées dans le foie et ailleurs ».

On doit ajouter une grande importance à la description laissée par Dohnhoffe, d'une autopsie d'une fillette

nouveau-née. Les lésions sont celles de la salpingite ordinaire, alors que l'étiologie classique de l'infection de la trompe est écartée. De plus, l'enfant a succombé à une syphilis généralisée. D'après le rapport de l'auteur, rien ne permet de donner aux altérations de la trompe un caractère spécial. « Elles présentent un épaissement de toutes les parois ayant un aspect cireux ; sur la coupe, la paroi tubaire paraît quatre fois plus grosse qu'à l'état normal, les vaisseaux sont élargis : la musculature et le tissu conjonctif épaissis et riches en noyaux, les plis de la muqueuse bien développés contiennent beaucoup de noyaux ; l'épithélium régulier est bien conservé, et la lumière de la trompe complètement libre. »

Martin pense aussi que la salpingite syphilitique n'offre que les lésions banales de la trompe enflammée, et il croit même que certains pyo-salpinx doivent être rapportés à la syphilis.

Nous pouvons conclure comme pour les lésions de l'ovaire que jusqu'à présent l'ensemble symptomatique et les effets du traitement sont plus précieux que l'anatomie pathologique pour nous renseigner sur les altérations de la syphilis de la trompe, et on comprend que Pozzi (1) ait écrit dans son *Traité de gynécologie* : « Les faits de salpingite syphilitique ne résistent pas à l'examen. »

(1) Pozzi. *Traité de gynécologie clinique et opératoire*, Paris, 1897, p. 661.

CHAPITRE III

Symptômes et diagnostic.

Nous examinerons les symptômes subjectifs et objectifs qui permettent au clinicien de dépister ou de soupçonner la syphilis des annexes.

I. — *Symptômes subjectifs.*

La douleur est presque toujours dans toute annexite le symptôme qui attire d'abord l'attention de la malade et du médecin. On sait du reste combien elle est variable et d'intensité et de forme, se présentant tantôt très vive, tantôt modérée, se traduisant tantôt par des coliques ou des élancements, tantôt par des tiraillements ou des pesanteurs. Elle n'est guère en rapport avec la gravité de la lésion, et il semble au contraire que certaines salpingites volumineuses et très adhérentes soient à peine douloureuses, tandis que l'ovarite scléro-kystique rende souvent la vie intolérable. Cette dernière constatation est de nature à faire penser que la syphilis des ovaires doive occasionner de violentes douleurs, puisqu'elle se traduit presque toujours d'emblée par des lésions scléreuses ou scléro-gommeuses. Cependant, les

observations que nous avons rencontrées n'indiquent qu'une douleur modérée au niveau des annexes.

Jeanne nous dit que sa malade « souffre du bas-ventre » sans plus de détail au début de son observation. Plus loin il ajoute : « La consistance, la forme, la nette délimitation, *le peu de douleurs*, plaident en faveur de fibro-myomes, et je pensai d'abord qu'il s'agissait bien en effet de fibrômes du ligament large, para-utérins. »

L'une des malades de Mlle Robineau avait des « pesanteurs dans le bas-ventre. » L'autre n'éprouvait « pas de douleurs à la pression. »

Dans la première observation de Ozenne il est rapporté que le sujet souffrait de « quelques douleurs intermittentes au niveau des deux fosses iliaques » ; dans la seconde que « les deux ovaires étaient plus gros qu'à l'état normal et sensibles à la pression » ; dans la troisième qu'il n'y avait « aucune manifestation ni sensibilité dans les fosses iliaques » ; dans la quatrième que « la palpation des fosses iliaques était indolente à droite, un peu douloureuse à gauche ».

Bouilly parle il est vrai de *douleurs continues*, mais sans y insister davantage.

Lancereaux dit au chapitre de la symptomatologie de l'ovarite syphilitique : « Une douleur sourde, obtuse, peu intense, un peu de sensibilité constituent parfois le seul symptôme de la syphilis ovarienne. »

La stérilité est un signe auquel cet auteur donne une plus grande importance, tout en reconnaissant qu'il échappe facilement. « Mais un trouble plus fréquent, dit-il, et à la fois plus difficile à constater c'est l'aboli-

tion de la fonction de reproduction, l'anaphrodisie, la stérilité. » De fait nos observations sont muettes sur ce symptôme. Klebs dit cependant dans son traité: « Les affections syphilitiques des ovaires aboutissent de très bonne heure à la sclérose et à la stérilité ainsi qu'à la formation d'adhérences serrées, on n'a pas observé de grossesses ».

L'hémorragie utérine est au contraire constatée dans la plupart des cas et Ozenne dans sa communication au Congrès de Rouen, en fait le signe capital de la syphilis des annexes. Nous ne pouvons mieux faire que de rapporter ses paroles: « Les hémorragies constituent le symptôme prédominant. Elles sont particulièrement intéressantes autant parce qu'elles sont l'accident capital que parce que étant une expression directe du tertiariisme elles sont en opposition avec les irrégularités, les retards de la menstruation ou l'aménorrhée qu'on observe dans la période secondaire de la syphilis. Leurs modes d'apparition et leur évolution varient suivant les sujets. Le plus souvent ce sont des ménorragies qui marquent le début y augmentant d'abondance ou de durée à chaque retour menstruel; mais ces pertes ne tardent pas à devenir presque continues ou à n'être séparées que par quelques jours d'intervalle. Elles se sont alors transformées en métrorragie dont l'abondance et la fréquence sont irrégulières.

D'autres fois ces pertes persistent sous la forme ménorragique en se continuant ensuite par un simple suintement quotidien. Chez quelques femmes, enfin, c'est une hémorragie tenace et résistant à tout traitement qui

s'installe d'emblée et qui, par son extrême abondance, peut mettre la vie de la malade en péril.

Cette dernière éventualité mise de côté, ces hémorragies ont pour conséquence de produire un notable degré d'anémie, d'affaiblissement et de dépérissement, auxquels concourent dans une certaine mesure des troubles digestifs et la dépression générale de tout le système nerveux.

Dans la première observation d'Ozenne c'est progressivement que s'installe la métrorragie. La femme d'abord bien réglée voit après un an de mariage les règles devenir moins périodiques et d'une durée plus longue. Puis la ménorragie devient une véritable métrorragie se répétant tous les quatre ou cinq jours.

La seconde malade d'Ozenne présentait des hémorragies utérines presque constantes. « A partir de 1894 ces hémorragies se répétèrent plus fréquemment en ne laissant entre elles que trois ou quatre jours d'intervalle, pendant lesquelles même il n'était pas rare de constater un suintement rosé. »

Le sujet de sa troisième observation avait des métrorragies non moins abondantes puisque « l'écoulement sanguin avait persisté en ne s'interrompant quelquefois que pendant 24 ou 48 heures, mais pour se reprendre avec plus d'intensité malgré l'emploi des injections vaginales chaudes et des injections hypodermiques d'ergotine.

Enfin, dans sa quatrième observation, il parle encore de règles très prolongées.

La malade dont l'histoire est rapportée par Bouilly

présentait des hémorragies utérines si abondantes que deux curettages avaient déjà été faits par Hartmann, sans résultat.

Nous rencontrons encore des métrorragies graves dans les observations de Mlle Robineau. Seule l'observation de Jeanne ne parle pas d'hémorragies utérines.

Pichevin fait remarquer que la syphilis ne donne pas lieu ordinairement à des métrorragies, mais que la période secondaire détermine plutôt de l'aménorrhée et il se demande pourquoi la métrorragie est précisément un symptôme si fréquent de la syphilis tubo-ovarienne. Il rapporte l'explication donnée par Ozenne qu'il s'agit toujours ici d'accidents tertiaires caractérisés anatomiquement par des lésions gommeuses ou scléreuses de la trompe et de l'ovaire.

2° Symptômes objectifs.

La palpation de l'abdomen au cas de sclérose ou de gomme des annexes produit la douleur nettement localisée qu'elle détermine dans toute inflammation des trompes et des ovaires et dans l'ovarite scléro-kystique en particulier. Cependant il semblerait que la douleur provoquée par le palper reste comme la douleur spontanée peu violente. Dans quelques observations il est rapporté que la main du chirurgien a rencontré des tumeurs bien appréciables. Témoin le cas de Duparcque : « Par la pression des régions sus-pubienne et iliaque gauche, je perçus une tumeur de la forme et du volume d'un petit œuf de poule, très douloureuse, que je jugeai provenir de l'engorgement inflammatoire de l'ovaire ». Pichevin écrit à propos de cette observation : « Il semble

bien difficile d'émettre qu'on puisse diagnostiquer une ovarite par la simple palpation abdominale. »

Nous avons vu que la salpingo-ovarite syphilitique se caractérise surtout par la sclérose déterminant quelquefois une atrophie, quelquefois une hypertrophie des organes, mais aucune des observations d'intervention chirurgicale ou d'autopsie ne révèle d'augmentation de volume assez prononcée pour que la simple palpation de l'abdomen ait pu la révéler. Du reste, dans toutes les observations les auteurs associent au palper abdominal le toucher par le vagin avant de se prononcer sur la tuméfaction des annexes.

Le toucher vaginal dénote alors dans la plupart des cas une certaine sensibilité des annexes qui sont augmentées de volume. La douleur dans le cul-de sac, la grosseur des ovaires, tels sont les deux signes révélés dans les observations.

Les auteurs ne disent pas les rapports entre les annexes et l'utérus, si celui-ci est bloqué par des adhérences ou au contraire reste mobile entre deux masses scléro-gommeuses. Mais la lecture de l'examen par le vagin et des lésions constatées par l'opérateur ou sur la table d'autopsie, nous montre suffisamment que dans tous les cas il s'agit d'annexes plus volumineuses qu'à l'état normal, conservant une certaine mobilité et laissant l'utérus libre. Celui-ci, est le plus souvent tuméfié, douloureux, à col irrégulier et scléreux et il est probable que souvent la syphilis de l'utérus coïncide avec celle des annexes, mais jamais il ne s'agit de ces métrosalpingo-ovarites que l'on a si justement appelées sup-

purations pelviennes non pas qu'il y ait toujours du pus collecté dans le petit bassin, mais parce que l'infection ayant envahi tous les organes pelviens et les ayant reliés par des adhérences épaisses, il ne s'agit plus d'une inflammation des annexes, mais d'une infection diffuse dont le point de départ est l'utérus.

Métrorragies, tuméfaction des annexes qui restent mobiles et peu douloureux, voilà les symptômes qui permettent de soupçonner la syphilis des trompes et des ovaires. Nous disons soupçonner car il est bien difficile avec des signes si vagues et si fréquemment observés, d'affirmer un diagnostic. Les symptômes que nous venons d'énumérer doivent seulement attirer l'attention du chirurgien, lui faire rechercher les antécédents syphilitiques et au besoin essayer un traitement d'épreuve.

Ozenne fait remarquer que l'augmentation de volume des ovaires étant parfois trop peu prononcée pour être perçue, l'existence de métrorragies reste le seul symptôme qui puisse faire penser à la syphilis des annexes. Dans ce cas c'est seulement la sensibilité dans les fosses iliaques et les culs-de-sac vaginaux qui appellera l'attention sur les ovaires.

L'erreur serait du reste de peu d'importance de confondre la syphilis des annexes avec celle de l'utérus dans un cas où l'absence de tuméfaction et de douleur dans les côtes éloignerait du chirurgien l'idée de l'ovarite. Le point capital est de songer à la vérole. Nous ne voulons pas faire ici toute la séméiologie de la métrorragie.

L'examen direct et l'absence de certains signes pathognomoniques de ces affections feront éliminer les tu-

meurs utérines (cancer, fibrome, polype). Les affections qui peuvent surtout induire en erreur sont la métrite hémorragique et l'ovarite scléro-kystique. La première est le plus souvent consécutive à un état gravide ou à une infection dont on trouve parfois les traces. La seconde est caractérisée par de vives douleurs spontanées et provoquées. La métrite hémorragique et l'ovarite scléro-kystique ne nécessitant pas une intervention immédiate, il sera toujours possible, surtout si on a constaté ou soupçonné chez la malade un passé syphilitique, de prescrire le traitement spécifique. Nous le répétons ici comme dans beaucoup de manifestations de la vérole. c'est le résultat obtenu par une thérapeutique régulière qui permet d'affirmer le diagnostic.

CHAPITRE IV

Traitement

En présence d'une annexite syphilitique, il faut prescrire aussitôt le traitement de la vérole, et puisqu'il s'agit de manifestations tertiaires, le traitement sera celui de la vérole à sa troisième période. Vu les résultats obtenus par cette thérapeutique au cas de syphilis testiculaire, il est à prévoir que l'effet en sera brillant et rapide. De fait, les sujets traités ont vu bientôt cesser les métrorragies et les douleurs.

Ozenne dit à propos de sa première malade :

« Aucun des accidents antérieurs n'a reparu et actuellement elle jouit d'une bonne santé, après avoir notablement engraisé ». Chez la malade de la deuxième observation qui présentait des hémorragies utérines très abondantes, après quatre mois de traitement. « L'hémorragie a cessé de paraître en dehors des époques, qui sont devenues et restées très régulières et normales. » Dans une note complémentaire, il écrit que cette femme quoique s'étant abstenue pendant sa grossesse, de toute médication, a accouché à terme d'un enfant bien constituée. La troisième observation d'Ozenne est un exem-

ple de résultat thérapeutique merveilleux, puisque « à partir de la quatrième friction mercurielle, l'écoulement sanguin a diminué et, le septième jour, il a totalement disparu », et l'auteur ajoute à propos de cette malade : « Après quinze jours de friction et une médication tonique, le traitement a été interrompu. Les règles se sont montrées peu après ; elles n'ont duré que quatre jours et se sont arrêtées spontanément. »

La quatrième malade d'Ozenne n'avait suivi que quelques mois le traitement mercuriel et la guérison était déjà presque achevée. « Les métrorragies ont cessé de se reproduire et la menstruation a repris son cours normal et régulier, l'état général s'est rapidement relevé, et la malade a notablement engraisé. Quant aux ovaires, ils ont diminué de volume, tout en restant néanmoins facilement perceptibles par la palpation.

Dans les cas rapportés par Mlle Robineau, la guérison a été obtenue une fois après trois mois, une fois après deux mois.

Jeanne nous dit que trois semaines après le début du traitement toute tumeur a disparu et quinze jours plus tard, il n'y a pas trace d'empâtement des culs-de-sac. Une récurrence conduisit à refaire le traitement et « au bout de quelques jours, tumeur et douleurs avaient disparu, la guérison était de nouveau obtenue. »

Dans le cas de Laugier, une tumeur ovarienne disparut après vingt jours de traitement.

Plusieurs des observations disent que depuis longtemps duraient les métrorragies et il serait mal à propos de voir dans cette rapide et complète guérison,

une simple coïncidence. Demarquay et Saint-Vel (1) ont écrit à ce sujet ; « Même dans les circonstances où la syphilis peut être en cause, on n'est pas autorisé à conclure rigoureusement des effets du traitement à la nature de la maladie ». Sans doute, au point de vue du diagnostic établi par le traitement, il faut une grande réserve, car nous savons que les annexes se modifient beaucoup par le repos. Il n'en est pas moins vrai que les observations permettent d'affirmer les résultats merveilleux du traitement spécifique, aucun des auteurs ne dit du reste, que le repos a été observé par la malade et dans tous les cas l'amélioration s'est montrée dès que le traitement antisiphilitique a été constitué.

Plusieurs malades ont pris du mercure et de l'iodure, (observation de Jeanne, deux premières observations d'Ozenne), à d'autres, on a administré seulement le traitement mercuriel (3^e et 4^e observation d'Ozenne). Mlle Robineau dit qu'elle prescrivit la médication spécifique, sans plus de détails.

Il est classique dans un cas de syphilis tertiaire, surtout quand un traitement vigoureux n'a pas été suivi antérieurement, de recommander à la fois le mercure et l'iodure, et c'est de cette façon que nous soignons tous les jours le testicule syphilitique. Il doit au mercure les résultats obtenus et semble bannir complètement les préparations iodurées de la thérapeutique spécifique. « Comme la plupart des médecins, j'ai autrefois

(1) Demarquay et Saint-Vel. *Traité clinique des maladies de l'utérus*. Paris, 1876, p. 67.

obéi à l'enseignement qui recommandait contre les manifestations secondaires, et surtout tertiaires de la syphilis, l'usage de l'iodure seul ou associé au mercure. Mais, instruit par l'expérience, j'ai abandonné depuis plusieurs années l'iodure, de jour en jour plus convaincu que le mercure est le seul agent à opposer aux lésions syphilitiques, quelle que soit la période de la maladie à laquelle elles se montrent. Les préparations iodées ne peuvent être qu'un adjuvant, tout au plus utile quand il s'agit d'une lésion hydride, comme chez les tuberculeux, mais elles restent trop souvent impuissantes contre le processus syphilitique lui-même pour que l'on n'ait recours qu'à elles seules. C'est au mercure le vrai spécifique de la syphilis, qu'il faut s'adresser. On utilisera soit les frictions à l'onguent napolitain, soit les injections hypodermiques... »

Ozenne conclut son article par ces paroles : « En présence de tumeurs scléreuses, il faut songer à la syphilis et prescrire le mercure. Si la médication échoue, il sera toujours temps d'opérer plus tard. Si elle réussit, peut-être la guérison obtenue à peu de frais sera-t-elle pour nous moins glorieuse que si nous eussions enlevé ou cautérisé les ovaires... mais notre conscience sera la première à nous féliciter de ne pas être intervenu chirurgicalement.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

*Dégénérescence scléreuse des ovaires d'origine syphilitique.
Métrorragies rebelles. Guérison par le traitement mer-
curiel.*

Par M. Ozenne, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de Saint-Lazare.

Mme V..., 32 ans, sans antécédents pathologiques de jeunesse; elle avait été réglée à 13 ans 1/2, toujours régulièrement et assez abondamment pendant cinq années; puis, à l'occasion d'une époque menstruelle, elle aurait présenté des accidents d'hématocèle péri-utérine, pour lesquels elle resta alitée six semaines.

Quelque temps après, elle se mariait, et pendant une année les règles apparurent à peu près périodiquement; mais bientôt elles devinrent irrégulières et d'une durée plus longue; puis aux ménorragies succédèrent des métrorragies qui se répétaient tous les quatre ou cinq jours, sans qu'aucune fausse couche n'ait été positivement constatée; la malade ne paraît avoir eu avant ces métrorragies aucune des manifestations secondaires habituelles de la syphilis.

Mais l'apparition de quelques douleurs intermittentes au niveau des deux fosses iliaques, de maux de tête répétés et les hémorragies utérines que différents traitements médicaux n'étaient pas parvenus à arrêter, contribuèrent à développer chez cette femme un certain degré de neurasthénie.

C'est à cette époque (février 1892) que, pour la première fois, nous vîmes la malade, qui, quoique affaiblie par des pertes presque continues, mais non à chaque fois très abondantes, n'était pas cependant très anémiée.

Je passe sur l'examen général des différents organes n'offrant aucune particularité à signaler, pour mentionner de suite l'état des organes génitaux.

L'utérus, tout en étant un peu plus volumineux que normalement n'était le siège d'aucune lésion apparente. Mobile et non douloureux, il laissait suinter un peu de sang. Sa cavité n'était pas dilatée.

Les culs-de-sac étaient souples et entièrement libres, mais à la palpation de l'abdomen, on percevait dans chaque fosse iliaque, une tumeur sensible, arrondie, bien circonscrite et du volume d'une petite mandarine; elle donnait la sensation d'un gros ovaire scléro-kystique.

Notre ami, le docteur P. Reynier, dans le service duquel la malade fut transportée, à Tenon, fit le même diagnostic et lui proposa une opération pour la débarrasser de ces deux tumeurs, cause probable des hémorragies.

L'ablation par la laparatomie eut lieu en mars 1892 et ne fut suivie d'aucun accident. Les tumeurs, du volume d'un œuf de pigeon, étaient bien formées aux dépens des ovaires qui étaient durs, véritablement scléreux, avec plaques blanchâtres à la périphérie, sans foyers kystiques. Le tissu en était très compact à la coupe, et avait par places, l'aspect fibroïde.

L'examen histologique n'en fut pas pratiqué.

Dans l'année qui suivit cette opération, la malade eut, à plusieurs reprises, des crachements de sang, qui chaque fois disparurent rapidement par l'emploi de dragées contenant : de l'ergotine, du sulfate de quinine et de l'extrait de bryone. Les hémorragies ne reparurent plus et l'état général s'améliora rapidement.

Mais, à partir de 1893, jusqu'à 1895 se montrèrent à intervalles irréguliers, des bouffées de chaleur, des phénomènes

congestifs et neurasthéniques variés, et surtout, des crises de céphalalgie ; accidents que nous croyions pris à la castration, et contre lesquels échouèrent les traitements médicaux ; les injections de suc testiculaire et l'opothérapie ovarienne elle-même, chacun d'eux administré à dose suffisante.

En présence de ces échecs thérapeutiques il nous vint à l'idée que les lésions scléreuses constatées sur les ovaires pouvaient être de nature syphilitique et qu'il y avait peut-être, une corrélation à établir bien qu'on ne trouvât aucune trace de syphilis, ancienne ou récente, sur la malade, entre ces tumeurs qui auraient été alors des syphilômes ovariens et les accès de céphalalgie dont elle souffrait depuis plusieurs années. Un traitement composé de frictions mercurielles, d'iodure de potassium et de toniques fut alors institué.

Ce traitement fut ainsi institué : pendant trois mois, chaque mois, dix jours de frictions mercurielles. dix jours de KI (2 et 3 grammes par jour) et dix jours de pilules toniques (fer, kola et valériane concurremment avec des bains sulfureux). Toutefois, le traitement dut être continué de la même manière pendant plus d'une année, son interruption pendant trente jours ayant été suivie à deux reprises par de la céphalée.

L'année 1896 s'est ainsi écoulée. En 1897, la malade a repris de l'iodure de potassium pendant trois mois, aucun des accidents antérieurs n'ont reparu et actuellement, elle jouit d'une bonne santé, après avoir notablement engraisé.

OBSERVATION II

Dégénérescence scléreuse des ovaires d'origine syphilitique Par le docteur Ozenne

Mme B..., forte et grande femme de 35 ans, dont le tissu adipeux s'est très développé depuis quelques années. La menstruation, établie à 14 ans, a été régulière et normale pendant trois ans, à l'issue desquels elle aurait eu, pendant plusieurs

mois, des pertes assez abondantes. Elle fut alors traitée comme chloro-anémique ; ces troubles se sont renouvelés pendant quelque temps.

Mariée en 1886, elle accouchait deux ans après d'un enfant à terme qui succombait après quelques mois. Pendant toute la durée de cette grossesse et après l'accouchement rien d'anormal ne paraît avoir été relevé dans l'état de santé de Mme B... jusqu'en 1892.

A cette époque, deuxième grossesse, accouchement prématuré à huit mois, attribué par la malade à une injection trop chaude. L'enfant naît vivant et meurt le lendemain ; la cause de la mort est restée ignorée.

Suites immédiates de couches bonnes ; mais trois mois plus tard survint une hémorragie utérine assez abondante, et consécutivement ses règles devinrent irrégulières en affectant souvent le caractère de ménorragies.

A partir de 1894, ces hémorragies deviennent plus fréquentes.

Le 15 avril 1895, curettage suivi d'une disparition des pertes de sang pendant trois mois. Puis l'écoulement reparait et s'accrut notablement pendant les mois de mars et février. La malade me consulta alors.

Le 10 avril 1896, malgré les hémorragies qui s'étaient succédé depuis plusieurs années, Mme B... ne paraissait pas affaiblie ; elle n'avait pas maigri. Aucun trouble des voies digestives et, sauf les pertes de sang et un certain degré de nervosisme plus accentué depuis quelques mois, elle n'aurait eu aucune raison de se considérer comme malade.

D'ailleurs, elle ne l'était que par les organes génitaux, car sur le reste du corps on ne trouvait aucune lésion à noter.

L'utérus offrait quelques particularités relevant de la congestion chronique dont il était le gage. Les lèvres du col étaient molles, œdématisées et un peu congestionnées, aucune ulcération à leur surface.

Par l'orifice externe entr'ouvert, un cathéter traversait facile-

ment la cavité cervicale et pénétrait jusqu'à 9 centimètres de profondeur; il n'y avait donc pas augmentation de la cavité utérine.

Toutefois, l'organe, mobile, douloureux et en légère rétroversion, était un peu accru de volume, dans sa totalité, et sa consistance, assez ferme, n'éveillait pourtant pas l'idée d'une consistance fibreuse. D'ailleurs, on ne sentait à sa périphérie aucune saillie pouvant faire songer à l'existence de productions fibreuses. Les culs-de-sac vaginaux étaient souples et nullement effacés.

Quant aux annexes explorées par la palpation abdominale, si les trompes ne semblaient pas augmentées de volume (d'ailleurs jamais il n'y avait eu symptôme de salpingite), les deux ovaires étaient plus gros qu'à l'état normal et sensibles à la pression; leur volume pouvait atteindre celui d'un marron.

En résumé, on ne trouvait chez cette malade, aucune lésion locale (polype, débris, placentaire, fibrome cancer...), capable d'expliquer ces hémorragies déjà anciennes, et rebelles à de nombreux traitements. Si l'on eut pu supposer qu'elles fussent dues à des fongosités utérines, bien que, rien dans le passé ne vint témoigner en faveur d'une métrite fongueuse, ce curetage qui avait été fait en 1895, devait faire rejeter cette hypothèse puisque l'opération n'avait pas été suivie d'effets durables.

Une altération du sang par suite de dyscrasie aigue ne pouvait être invoquée, car aucune maladie générale infectieuse n'avait atteint le malade; il n'y avait pas davantage de raisons pour faire intervenir comme facteur pathogénique, soit le paludisme (le sulfate de quinine ayant été administré sans succès pendant un certain nombre de semaines), soit l'hémophilie dont aucune manifestation ne s'était montrée.

Il ne restait donc qu'une maladie constitutionnelle, une diathèse à incriminer, et seule la syphilis était en cause.

Cependant, le malade n'en présentait ni trace ancienne, ni manifestation actuelle, et dans ses antécédents pathologiques, nous n'avons rien découvert de certain qui put être rapporté à

cette maladie. La mort par cause inconnue, de son enfant, et sa fausse couche sans raisons bien déterminées, plaidaient seules en faveur d'une syphilis ignorée et latente.

Cette hypothèse que le souvenir de notre première observation renforçait encore, était bien légitime ainsi que nous l'ont prouvé, d'une part, le résultat du traitement anti-syphilitique, et d'autre part, la certitude, acquise ultérieurement, que le mari de notre malade avait contracté avant son mariage, un chancre induré.

Comme chez notre première malade, nous avons prescrit le traitement mercuriel et ioduré : 10 jours de frictions. 10 jours d'iodure (2 grammes) et 10 jours de pilules toniques. Ce traitement a été suivi du 10 avril au 20 août 1896. Sauf en juin où toute médication fut interrompue.

Dans chacun des mois de mai et de juin, il y eut suppression complète de l'hémorragie pendant 15 jours.

En juillet, les règles durèrent 13 jours, puis, aucun écoulement ne reparut jusqu'au 10 septembre. La malade se trouvait à cette époque en Italie où elle séjourna jusqu'au mois de novembre. Pendant ce temps elle négligea de suivre son traitement ; aussi ses hémorragies reparurent-elles peu abondantes, mais fréquentes.

Les ovaires, bien qu'ayant diminué de volume, étaient encore plus gros qu'à l'état normal.

Le traitement fut de nouveau administré à partir des premiers jours de décembre et continué pendant 4 mois. Dès le mois de février 1897, les hémorragies ont cessé, en dehors des époques qui restent régulières et normales.

Dans le courant de cette dernière année, la malade, dont l'état de santé est actuellement excellent, a repris environ 50 gramme d'iode.

Note supplémentaire, 8 octobre 1903.

Cette malade a continué le même traitement chaque année pendant plusieurs mois. jusqu'en juillet 1901. En avril 1902, elle est devenue enceinte. et, quoique pendant sa grossesse elle se soit abstenue de toute médication. elle a accouché à terme d'une fillette bien constituée.

4 mois après l'accouchement, j'ai revu cette dame dont la santé était excellente ; l'enfant était petit, sans toutefois être chétif.

OBSERVATION III

Dégénérescence scléreuse des ovaires, d'origine syphilitique.

Par le docteur Ozenne.

Mme R... , âgée de 42 ans, de constitution moyenne à l'apparence arthritique n'a eu, à sa connaissance, d'autres maladies qu'une fièvre typhoïde il y a quinze ans. Depuis, sa santé était excellente, ses règles régulières et normales.

Au mois de septembre dernier elles étaient apparues à leur date normale ; mais au lieu de s'arrêter au quatrième ou cinquième jour, elles avaient continué. Dans les trois semaines qui suivirent, l'écoulement sanguin avait persisté ne s'interrompant parfois que 24 heures ou 48 heures. mais pour reprendre avec plus d'intensité, malgré l'emploi des injections vaginales chaudes et des injections hypodermiques d'ergotine.

Pendant les premiers jours l'écoulement se produit sans douleurs ; dans la dernière semaine les douleurs étaient apparues principalement à la région sus-pubienne, et n'avaient pas été calmées par l'application du sac de glace.

Jamais cet écoulement n'avait présenté d'odeur néoplasique,

jamais de température ; rien ne pouvait faire prévoir l'évolution d'une fausse couche.

Examen actuel. Malade pâle, affaiblie, offrant le facies des hémorragiques. Pouls petit et rapide (85). T. 37°.

Abdomen dépressible, légèrement ballonné, douloureux à la pression au-dessus du pubis. A la palpation l'utérus, un peu sensible ne paraît pas volumineux. Aucune tuméfaction ni sensibilité dans les fosses iliaques.

Au toucher vaginal, col presque fermé, dirigé en arrière, dur et augmenté de volume dans sa lèvre antérieure. Corps mobile, de grosseur normale et sensible aux mouvements communiqués. Culs-de-sac libres et souples. Le toucher et la palpation combinés n'accusent aucune lésion apparente des ovaires ni des franges.

Le toucher rectal est négatif et sur le reste du corps on ne relève aucune lésion.

Dans le but d'établir un diagnostic certain entre un petit fibrôme de la région cervicale, un polype ou un néoplasme débutant de la muqueuse utérine, nous informons la malade qu'une exploration intra-utérine précédée de dilatation serait nécessaire.

Cette exploration ayant été refusée, et l'hémorragie paraissant diminuer depuis 24 heures, nous prescrivons des injections d'ergotine Fauret, matin et soir. Ces injections furent renouvelées pendant trois jours sans résultat efficace.

L'examen complet de l'utérus s'imposait alors et nous le pratiquons dans les premiers jours de novembre avec l'intention, s'il paraît indiqué, de faire un curetage.

Après cathétérisme (8 cent.) et dilatation rapide suffisante, l'exploration digitale montre qu'il n'existe ni polype, ni fibrôme du corps, que la muqueuse n'est pas fongueuse et que la lèvre antérieure du col est seule dure et épaissie donnant plutôt l'impression d'une infiltration fibroïde que d'un fibrôme contenu dans son épaisseur.

Dans ces conditions un curetage paraissait peu indiqué ;

aussi, après avoir constaté que la curette ne ramenait que de menus débris de muqueuse, l'ai-je rapidement abandonnée d'autant plus vite qu'à ce moment l'idée m'était venue que la syphilis pourrait être cause de ces hémorragies.

J'ai de nouveau interrogé la malade plus complètement. De 18 ans à 23 ans elle avait eu trois enfants dont deux étaient morts « plaqués », peu après la naissance et dont le troisième avait succombé à l'âge d'un an à une soi-disant méningite. Quant à elle-même, elle avait éprouvé à la même époque des maux de tête assez violents.

Depuis lors, ils avaient disparu.

Ces renseignements furent confirmés par le mari dont la jeunesse, me dit-il, avait été « chancreuse ».

Tout cela était suffisant pour me donner quelque espoir dans l'efficacité du traitement spécifique.

Des frictions à l'onguent napolotain ont été prescrites selon le « *modus faciendi* » ordinaire; à partir de la quatrième, l'écoulement sanguin a diminué, et le septième jour, il a totalement disparu.

Le mercure paraît donc avoir été réellement efficace dans cette circonstance.

Après quinze jours de frictions et d'une médication tonique, le traitement a été interrompu. Les règles se sont montrées peu après; elles n'ont duré que quatre jours, et se sont arrêtées spontanément.

Actuellement je viens de faire reprendre le même traitement à ma malade en me proposant de la suivre.

OBSERVATION IV

Dégénérescence scléreuse des ovaires d'origine syphilitique (Par le docteur Ozenne).

Jeune femme de 29 ans, dont la menstruation avait toujours été normale jusqu'à l'époque de son mariage en 1894, bientôt

suivi d'une fausse couche. Depuis, sa santé a laissé fort à désirer bien qu'aucun symptôme de maladie bien caractérisée n'ait été relevé. Mais, cette femme autrefois forte, se sentait toujours faible et parfois languissante ; de plus, les règles avaient cessé d'être régulières, elles retardaient fréquemment de quatre à cinq jours sur l'époque à laquelle elles auraient du paraître et fréquemment, elles se prolongeaient pendant sept à huit jours, c'est-à-dire un laps de temps double de ce qui avait lieu avant son mariage.

Entre temps il n'était pas rare de voir se montrer un suintement sanguinolent.

Depuis un mois, de véritables hémorragies faisaient irruption deux fois par mois, et lorsque j'ai été appelé à visiter cette malade avec le docteur Guillaume de Nanterre, ces pertes de sang n'avait pas cessé depuis plusieurs années.

13 mai 1902. — La malade est pâle, fatiguée, et dit avoir notablement maigri dans ces derniers mois.

L'examen général ne révèle rien qui puisse avoir quelques rapports avec les métrorragies. L'utérus et les ovaires sont les seuls organes à mettre en cause.

La palpation des fosses iliaques. indolore à droite, un peu douloureuse à gauche, démontre que les ovaires sont augmentés de volume.

L'utérus occupe la ligne médiane et paraît peu volumineux ; au toucher vaginal on trouve le col mou, légèrement entr'ouvert ; de sa cavité sort un peu de sang ; le corps en rétroversion est dur, mobile et sans altération appréciable.

Les culs-de-sac sont libres et souples.

Le toucher rectal négatif.

La cathéthérisme utérin que je pratique quelques jours après, donne *huit centimètres* comme profondeur de la cavité.

Le 20 mai. — Le curettage est pratiqué après exploration de cette cavité dont la muqueuse donne une sensation veloutée, mais peu fongueuse, ce qui fait douter du succès de l'opération. Elle a lieu sans incident consécutif et pendant trois mois nous

croyons à la guérison car les règles ont reparu à époques fixes et peu prolongées.

Mais, à partir du mois d'août, le suintement sanguin revient, sinon aussi abondant qu'autrefois et continu, du moins à intervalles assez rapprochés prenant chez cette malade le caractère intermittent qui est assez fréquent, lorsque la pathogénie doit en être rapportée à une lésion ovarienne plutôt qu'utérine.

Ne pouvant soupçonner comme cause de ces hémorragies qu'une syphilis, silencieuse sous tous les autres rapports, et encouragé dans cette idée par la relation de quelques accidents antérieurs mal définis chez le mari de cette malade, nous avons prescrit d'abord des frictions mercurielles pendant une période de trois mois, avec suspension de quelques jours chaque mois ; puis trois pilules de sublimé par jour pendant les premiers mois de cette année.

Sous l'influence de cette médication, les métrorragies ont cessé de se reproduire ; la menstruation a repris son cours, normal et régulier ; l'état général s'est relativement relevé et la malade a notablement engraisé.

Quant aux ovaires, ils ont diminué de volume, tout en restant néanmoins facilement perceptibles par la palpation.

OBSERVATION V

Hémorragies d'origine ovarienne

Par Bouilly, communiquée par le docteur Ozenne

Comp... 23 ans, entrée le 10 octobre 1898 à l'hôpital Cochin. Réglée à 11 ans et demi, très abondamment, perd des caillots pendant huit jours et n'a en moyenne que quinze jours d'aménorrhée. Premier accouchement, à terme, il y a six ans, suivi d'une légère infection. Deuxième accouchement à sept mois, il

y a cinq ans ; fausse-couche de quatre mois, sans accident, il y a six mois.

Cette malade souffre du ventre depuis trois ans et a des métrorragies abondantes. Il y a deux ans, M. Hartmann lui fit, pour ses métrorragies, deux curettages successifs et soupçonna une salpingite ; amélioration peu durable ; depuis lors, augmentation de la fréquence et de la durée des règles. *Depuis la faussé-couche, faite il y a six mois*, aggravation de la douleur et des métrorragies et nécessité du repos au lit, depuis deux mois, métrorragie de huit jours après huit jours d'intervalle ; douleurs et pertes presque continuelles.

L'examen ne révèle rien de bien appréciable ; l'indication opératoire est surtout tirée de la persistance des douleurs et des hémorragies, ces douleurs sont surtout vives la nuit. (Nous apprenons, par un accident de la suite, que la malade était syphilitique) .

Hystérectomie vaginale le 22 octobre.

Utérus sain, très légèrement augmenté de volume ; ovaires atrophiques du volume d'une noisette.

Trompes saines, un peu rouges.

Dans les jours suivants, il se produisit une eschare fessière qui creusa profondément, prit tous les caractères d'une ulcération syphilitique et ne guérit que par un traitement spécifique à l'iodure de potassium.

Guérison opératoire rapide, disparition immédiate de toutes les douleurs. La malade est revue plusieurs fois, complètement guérie.

Examen des pièces. Ovaires petits, atrophies, scléro-kystiques. Utérus volumineux, présentant des lésions d'endopériartérite et d'endopériphlébite.

OBSERVATION VI

A propos de la syphilis tertiaire péri-utérine

Par le docteur Jeanne (Rouen).

Mme F..., âgée de 49 ans, règles régulières, a eu deux grossesses normales. Il y a plusieurs années elle a présenté sur la peau de la poitrine, une éruption que le docteur Gibert, du Havre, déclara être syphilitique.

En l'année 1897, elle est prise d'un gonflement énorme et douloureux de la région sus-hyoïdienne latérale droite, qu'on localise dans la glande sous-maxillaire, et qui atteint le maximum de son développement en l'espace de trois jours. Les douleurs étaient des plus fortes, la déglutition quasi impossible, et tous les traitements restaient infructueux. Cette pénible situation dura, sans changement notable, pendant trois semaines, au bout desquelles la malade s'avisa de prendre un sirop dépuratif à base d'iodure de potassium, et d'appliquer un emplâtre de Vigo sur son mal. Huit jours après celui-ci avait disparu.

En 1898, une tuméfaction apparaît dans la moitié gauche de la région hypogastrique, à la limite de la fosse iliaque sur laquelle elle empiète ; en douze jours elle atteint le volume d'une petite tête d'enfant ; elle est douloureuse, s'accompagne de dysurie et même d'impossibilité complète d'uriner ; la température est à 39°. Un chirurgien diagnostiqua un gros abcès d'origine annexielle, et préconise, sans restriction, une intervention d'urgence qui n'est pas acceptée. La malade prend de nouveau son sirop « dépuratif » et applique un large emplâtre de Vigo sur le ventre ; au bout de quinze jours de traitement elle se trouve guérie.

Deux ans plus tard, en novembre 1900, je la vois pour la première fois, parce qu'elle souffre du bas-ventre. Elle paraît d'ailleurs assez bien portante quoiqu'elle garde le lit. Par le palper et le toucher combinés, je trouve dans les culs-de-sac latéraux.

de chaque côté, deux masses arrondies accolées à l'organe sans lui être soudées, celle de gauche un peu plus éloignée ; elles ont à peu près le même volume, qui est celui d'une mandarine. Elles sont fermes, non rénitentes, bien limitées ; l'exploration en est facile car elles sont plutôt sensibles que véritablement douloureuse. De plus, il existe une autre masse dans le cul-de-sac antérieur, de même grosseur, de même consistance que celles des côtés, toutefois plus étroitement unie à l'utérus, car les mouvements imprimés à cet organe lui sont quasi-intégralement transmis.

Le cul-de-sac postérieur est libre.

En résumé, il y a trois tumeurs extrêmement nettes, indépendantes l'une de l'autre, contenant les côtés et la face antérieure de l'utérus et contiguës à celui-ci. Il paraît gros lui-même, le col un peu dévié à gauche. Quel diagnostic fallait-il porter ? La consistance, la forme, la nette délimitation, le peu de douleur plaident en faveur de fibromes du ligament large, para-utérins. D'autre part, me rappelant les accidents survenus deux ans auparavant, je me demandais s'il n'y avait pas, à la fois, sur les côtés, une salpingite double, et en avant un fibrome de la face antérieure de l'utérus. En tout état de cause, je conseillai l'intervention. Mais, comme la malade, fort intelligente, revenait à plaisir sur le soulagement et la guérison rapide que lui avait autrefois procuré son fameux sirop « dépuratif » et l'emplâtre de Vigo, je conseillais à tout hasard des injections hypodermiques d'un sel mercuriel soluble qui sont faites quotidiennement de façon fort régulière par le docteur Cornet,

Trois semaines après le début du traitement, cette femme revient se soumettre à mon examen et, à ma stupéfaction, il n'y a plus trace de tumeur. Le cul-de-sac antérieur est absolument vide ; seuls les culs-de-sac latéraux n'ont pas encore repris une souplesse normale et paraissent infiltrés et épaissis.

Le traitement fut continué quelques semaines encore, puis suspendu dans le courant de janvier.

Mais le 3 avril 1901, nouvel épisode ; la malade vient me

retrouver et m'apprend que depuis quelques jours elle se sent prise comme elle l'avait été précédemment, qu'elle a la bouche pâteuse, qu'elle manque d'appétit et qu'elle ressent dans le bas ventre des douleurs qui irradient le long de la cuisse gauche, de l'endolorissement, de la fatigue dans la région lombaire ; la friction est douloureuse. Je l'examine, et je trouve le cul-de-sac droit douloureux, le cul-de-sac antérieur occupé par une masse immobile, grosse comme une noix, douloureuse ; le cul-de-sac gauche, enfin, contient une tumeur un peu plus volumineuse, douloureuse aussi, résistante, autant que je puis m'en assurer ; en raison de la douleur ; en somme, à part une légère différence de volume et l'absence de toute tumeur à droite, le tableau est le même que cinq mois auparavant. Depuis trois mois la patiente n'avait pas souffert, ses règles étaient restées régulières. Cette fois, comme elle manifestait quelque répugnance pour les injections hypodermiques, je prescris 2, puis 4, puis 6 grammes d'iodure de potassium, des applications d'emplâtres de Vigo sur le bas-ventre.

Le résultat ne se fit pas attendre, au bout de quelques jours, tumeurs et douleurs avaient disparu, la guérison était de nouveau obtenue.

J'ai su, depuis, que l'année suivante des accidents semblables avaient reparu et c'est encore à l'administration de sirop iodure et d'application de Vigo.

Depuis lors, la malade n'a plus consulté son médecin et vague régulièrement à ses occupations.

En résumé, une femme de bonne santé habituelle, à un âge voisin de la ménopause, est prise quatre ou cinq fois dans l'espace de quatre ou cinq années, d'accidents analogues aux salpingo-ovarites banales.

Les caractères physiques sont semblables et les symptômes fonctionnels diffèrent assez peu ; une fois même un chirurgien propose l'ouverture d'urgence d'un de ces foyers. Et chaque fois le traitement mercuriel et ioduré à raison de ces tumeurs, qui fondent sous son influence avec une rapidité merveilleuse, à tel

point que la malade finit par l'appliquer spontanément, sans l'avis de son médecin.

OBSERVATION VII

Contribution à l'étude de la syphilis de l'utérus.

Par le docteur Robineau (Le Havre).

A..., 36 ans, métrorrhagies depuis six mois, pesanteurs dans le ventre, envies fréquentes d'uriner, faiblesse, pâleur de la face, décoloration de tous les téguments.

Pas d'enfants à termes, trois fausses couches.

Antécédents syphilitiques avoués, traces de gommes cicatrisées à la partie inférieure des jambes.

Traitement peu suivi.

A l'examen, gros utérus dur enclavé dans le petit bassin, ganglions inguinaux volumineux et indolores,

Quinze jours après avoir vu la malade pour la première fois je suis appelé pour traiter une hémorrhagie abondante, sans caillot qui dure quinze jours.

Diagnostic. Fibrôme de l'utérus. Je conseille l'intervention et dans le but de mettre la malade en assez bon état pour pouvoir la supporter je la soumetts au traitement spécifique.

En trois mois, amélioration considérable de l'état local, disparition des hémorrhagies qui n'ont pas reparu depuis deux ans et diminution du volume de l'utérus qui redevient mobile.

OBSERVATION VII

Contribution à l'étude de la syphilis de l'utérus

Par le docteur Robineau (Le Havre)

B..., 45 ans, mariée, deux enfants.

Fièvre puerpérale à 26 ans, contracte la syphilis à 30 ans, s'est soignée un an et s'est crue guérie.

Se plaint d'un suintement sanguin continu.

Utérus de la grosseur du poing, irrégulier, donnant au palper la sensation d'un corps utérin carcinomateux.

Pas de douleurs à la pression, empatement « ligneux » des ligaments larges.

Cavité augmentée de volume, 9 centimètres. La curette ne ramène pas de fongosités.

Les moyens ordinaires de traitement médical échouent.

L'intervention chirurgicale est retardée sans cesse, sous divers prétextes.

Au bout de deux mois, le traitement spécifique que j'ai l'habitude d'instituer dans ce cas, amène un résultat complet.

OBSERVATION VIII

Par Lancereaux

Femme de 33 ans, morte d'accidents syphilitiques, dont un des ovaires, plus volumineux, était le siège d'une induration blanche disposée en plaques ; il était manifestement lésé dans sa plus grande étendue, et adhérait à la trompe et aux parties voisines.

OBSERVATION IX

Par Lancereaux

Malade de 43 ans, observée en 1859, et chez laquelle il existait, en même temps que des douleurs ostéocopes du crâne, deux tumeurs du volume d'un œuf, situées au niveau des ovaires et allongées suivant la direction du ligament large. L'iodure de potassium administré dans l'hypothèse d'une affection syphilitique des ovaires amena une diminution rapide de ces tumeurs ; et après vingt jours de traitement, on put constater que l'une d'elles, celle du côté gauche, avait disparu, car on ne la trouvait plus à la palpation.

CONCLUSIONS

I. Quelques observations semblent bien établir l'existence de la syphilis des trompes et des ovaires.

II. L'annexite syphilitique détermine de la sclérose ou des gommés.

III. L'annexite syphilitique se révèle par les métrorragies et par la tuméfaction des annexes qui restent peu douloureuses et indépendantes de l'utérus.

IV. Le traitement de l'annexite syphilitique est celui de toutes les manifestations tertiaires de la syphilis.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
E. BRISSAUD.

Vu : LE DOYEN,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS
L. LIARD.

